Dr H. WARIN
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DE LA GROSSESSE

DÉVELOPPÉE DANS UNE

CORNE UTÉRINE RUDIMENTAIRE
ET TUBO-UTÉRINE

(Diagnostic et traitement avant le 5e mois).

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, EDINR.
LIBRARY.

PARIS
Jules ROUSSET
36, Rue Serpente
1899

R50091

A MES GRANDS-MÈRES

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES :

MM. MILLARD, Théophile ANGER, LEJARS,
GINGEOT, JACQUET, GUINON, JEANSELME,
THIROLOIX, BOUFFÉ DE SAINT-BLAISE.

A MON DERNIER MAITRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR BAUDRON

Dont les conseils m'ont été si utiles pour ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

ÉTUDES SUR LA GROSSESSE
DEVELOPPÉE
DANS UNE CORNE UTÉRINE RUDIMENTAIRE
ET TUBO-UTÉRINE, AVANT LE 5e MOIS

Introduction

Dans ce travail, nous avons l'intention de dire d'abord quelques mots des ouvrages ayant parlé des grossesses tubo-utérines et développées dans une corne utérine rudimentaire. Cette question, n'a guère été étudiée qu'à partir de la moitié de notre siècle. Après avoir montré le développement de la corne rudimentaire et la possibilité pour cette corne de recevoir un produit de conception, nous verrons comment peut s'y développer une grossesse, son évolution, les accidents possibles et probables qui s'y rattachent.

Nous essaierons surtout de montrer la diffficulté presque insurmontable devant laquelle on se trouve quand on veut poser le Diagnostic différentiel des grossesses interstitielles et développées dans une corne rudimentaire. Nous dirons enfin quelques mots de la conduite à tenir durant les quatre premiers mois.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21707121

Historique

Durant de longues années on ne trouva dans aucun traité d'Obstétrique, un mot sur la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. Ce n'est que vers 1843 qu'aurait paru la première observation sur ce sujet. Sans doute avant cette date, on avait publié des cas de grossesses de ce genre, mais les auteurs firent leurs descriptions sous le titre de grossesse extra-utérine. L'erreur, d'ailleurs, était toute naturelle car, de nos jours, alors que la question est mieux connue, cette erreur, comme nous le verrons plus loin est toujours fort possible à commettre.

Donc, en 1842, première observation de Rokitansky, sur une femme âgée de 24 ans, grossesse de 4 mois, qui meurt de rupture utérine : à l'autopsie, on reconnaît que l'on a eu affaire non à une grossesse extra-utérine comme on avait tout d'abord pensé, mais à une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

En 1854, paraît la seconde observation publiée par Scanzoni.

« Une femme âgée de 34 ans, 4e grossesse,

» enceinte de 4 mois et demi environ, meurt rapide-
» ment d'une rupture utérine. L'étude des pièces
» montra l'existence d'une corne utérine rudimen-
» taire gauche dans laquelle s'était développée la
» grossesse. Scanzoni n'affirma pas qu'il y eut un
» canal reliant cette corne à la cavité utérine ; le
» corps jaune de la grossesse était situé sur l'ovaire
» droit».

Mais ce n'est guère que vers 1859 que la question commence à être sérieusement étudiée. Kussmaul fait paraître son « *Traité des Malformations de l'Utérus* ». Il essaie de rechercher s'il n'y a pas eu des cas de grossesses dans une corne rudimentaire, étudiés avant 1842 mais ayant paru sous un autre titre.

Pour cet auteur c'est en 1681 qu'il faudrait faire remonter le premier cas publié. Dionis, en effet, croyant se trouver devant une grossesse extra-utérine fait paraître en cette année-là, l'observation d'une femme, âgée de 20 ans, enceinte de 6 mois, ayant eu à cette époque de sa grossesse une rupture utérine dont elle mourut ; il donne en détail la description de la poche fœtale et les rapports existant entre cette poche et les annexes. Kussmaul pense qu'il faut classer ce cas parmi les grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire. Il ajoute qu'il n'a pas trouvé d'observation antérieure à celle-là.

Vinrent ensuite plusieurs observations dans la

plupart desquelles le diagnostic exact ne fut pas porté : il y eut confusion avec les grossesses extra-utérines.

Kussmaul cite :

En 1788, observation de Cavestrini : Femme de 24 ans, secondipare, enceinte de 4 mois.

Observation de Pfeffinger et Fritze Le cas est intéressant, car il n'y eut pas rupture utérine, le fœtus mort se transforma en lithopœdion : la femme mourut 30 ans après.

En 1818, observation de Tiedermann et Czitak : une femme âgée de 22 ans, enceinte de 6 mois, meurt à cette époque de sa grossesse sans rupture utérine.

En 1831, obs. de Zoug et Guntz : femme âgée de 20 ans, grossesse de 7 mois 1/2, meurt sans rupture utérine.

En 1832, obs. de Dréjer : femme âgée de 33 ans, 6e grossesse, enceinte de 5 mois, meurt à cette époque de sa grossesse de rupture utérine ; la grossesse s'était développée dans la corne utérine rudimentaire droite. A l'autopsie on constata que le corps jaune de la grossesse était sur l'ovaire gauche. On verra plus loin combien intéressantes sont ces remarques au point de vue de la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde et du chemin parcouru par ces deux facteurs de la conception.

En 1834, obs. de Ingleby : femme enceinte pour la 7e fois, grossesse de 4 mois, meurt de rupture uté-

rine. On s'aperçoit que la grossesse s'est développée dans la corne gauche rudimentaire : on trouve le corps jaune de cette grossesse dans l'ovaire gauche, mais il est impossible de trouver un canal quelconque unifiant la corne rudimentaire gauche à la corne droite bien développée.

En 1835, obs. de Heyfelden : femme de 36 ans, 5e grossesse utérine de 4 mois environ, meurt de rupture utérine.

En 1842, obs. de Rokitansky : une femme de 24 ans, primipare, enceinte de 4 mois. Nous avons dit plus haut que ce serait la première observation d'une grossesse dans une corne rudimentaire, ayant paru comme telle.

En 1852, obs. de Behse et de Scanzoni : femme de 28 ans, tertipare, grossesse de 6 mois, meurt de rupture utérine.

En 1854, v. obs. de Scanzoni, dont nous avons parlé plus haut.

En 1860, le professeur Virchow fait paraître le cas d'une grossesse qui s'était développée dans la corne gauche rudimentaire de l'utérus d'une femme de 27 ans. Il n'y eut pas de rupture utérine : la femme mourut de tuberculose. La corne utérine gauche était reliée au corps utérin par un pédicule très étroit dans lequel, malgré les recherches qui furent faites, on ne put trouver la trace d'un canal : le corps jaune de la

grossesse était sur l'ovaire du même côté que la tumeur fœtale.

En 1862, obs. de Rosemberger : femme âgée de 24 ans, grossesse de 5 mois, rupture utérine mort.

En 1863, observation du professeur Luschka : femme tertipare, grossesse de 2 mois 1/2 environ ; elle meurt de rupture utérine à cette époque de sa grossesse. On trouve un pédicule assez long unissant la corne droite rudimentaire au corps utérin. Dans cette corne s'est développée la grossesse. On ne trouve pas trace de canal dans le pédicule : le corps jaune de la grossesse était à gauche.

La même année, le Dr Haydon montre à la Société obstétricale de Londres, comme un exemple de grossesse tubaire, une pièce produite par les Drs Tyler Smith et Braxton Hicks. Le dessin et la description de ces pièces montrent que l'on se trouve en présence d'un cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire.

En 1866, W. Turner fait paraître dans l'Edinburgh Medical Journal, du mois de mai, un long article sur la question, article qu'il appuie sur deux observations dont nous aurons l'occasion de reparler au cours de ce travail.

La même année, obs. de Kœberlé : femme de 29 ans, primipare, est opérée au 28e mois d'une tumeur qui n'était autre qu'une grossesse dans une corne utérine rudimentaire. L'opération réussit et la

guérison survint. Il n'y avait pas eu de rupture utérine.

En 1873, obs. de Janish : femme âgée de 27 ans, secondipare, enceinte de 4 mois 1/2 ; meurt à cette époque de rupture utérine. On trouve une tumeur située du côté droit, reliée par un pédicule au corps utérin. On ne peut, malgré de minutieuses recherches, retrouver un canal à travers ce pédicule ; le corps jaune est sur l'ovaire gauche.

En 1881, obs. de Wœrth : femme, tertipare, âgée de 39 ans, fut opérée au 13e mois pour une tumeur qui se trouva être une grossesse dans une corne rudimentaire ; il n'y avait pas de rupture utérine. La femme mourut.

La même année, obs. de Salin : femme, âgée de 22 ans, opérée au 14e mois, bien qu'il n'y eut pas de rupture utérine ; la guérison survint rapidement après l'opération.

En 1882, obs. de Maschka : femme de 38 ans, enceinte pour la 7e fois. Utérus gros de 3 à 4 mois. A cette époque, rupture utérine suivie de mort. On trouve sur le côté gauche de l'utérus une tumeur globuleuse reliée au corps utérin par un petit pédicule étroit. Pédicule complètement ferme, sans canal. Le corps jaune de la grossesse était sur l'ovaire droit.

En 1883, obs. de Sänger : femme, âgée de 21 ans, tertipare, grossesse de 9 mois. Opérée sans qu'il y ait eu rupture utérine, la malade guérit. On

trouve un pédicule plein, c'est-à-dire sans canal le traversant, qui unissait la corne gauche rudimentaire et gravide du corps utérin. Le corps jaune de la grossesse était sur l'ovaire droit.

La même année, obs. de Meyer : femme, âgée de 28 ans, fait à 7 semaines une rupture de l'utérus. La mort arrive rapidement ; le corps jaune de la grossesse était du même côté que la corne rudimentaire fécondée.

En 1884, obs. de Kaltenbach : femme enceinte pour la 4e fois, grossesse de 4 mois 1/2, meurt à cette époque de rupture utérine ; on put faire les mêmes remarques que ci-dessus.

En 1885, obs. de Macdonald : femme de 23 ans, fut opérée et guérit. Il n'y eut pas de rupture utérine.

La même année, obs. de Salle : femme, âgée de 28 ans, 2e grossesse, fut opérée avec succès au 18e mois de sa grossesse.

La même année, obs. de Wiener : femme, âgée de 29 ans, 2e grossesse, fut opérée au 11e mois de sa grossesse. Il n'y avait pas eu de rupture utérine, l'opération réussit.

En 1886, obs. de Hetzel : femme, âgée de 23 ans, primipare, grossesse de 12 mois, fut opérée avec succès ; il n'y avait pas eu rupture utérine.

En 1888, obs. de Himmerfarb. — Femme âgée de 26 ans, tertipare enceinte de six mois subit une opération : hystérectomie totale. Sa guérison survint

assez rapidement ; au corps utérin légèrement augmenté de volume était annexée du côté gauche une tumeur reliée par un petit pédicule et dans laquelle on trouva un fœtus mort.

Le corps jaune de la grossesse était du côté droit.

En 1889, obs. de Salviansky. — Femme âgée de 29 ans, enceinte pour la 4e fois. Utérus de 3 mois 1/2 environ. A cette époque survint une rupture utérine. L'opération faite aussitôt ne réussit pas, la malade mourut de péritonite.

En 1890, obs. de Landau. — Femme âgée de 23 ans, primipare, guérit après opération. Il n'y avait pas eu de rupture utérine. Annexée à l'utérus du côté gauche on pouvait voir une tumeur arrondie presque globuleuse qu'un pédicule très étroit, reliait au corps utérin : le corps jaune était du côté droit.

En 1892, obs. de Winter. — Femme de 25 ans, secondipare, enceinte de 5 mois. Rupture utérine. Meurt après l'opération.

En 1894, obs. de Cullen. — Femme de 29 ans, secondipare meurt de rupture utérine grossesse de 3 à 4 mois développée dans une corne utérine rudimentaire gauche. Cette observation parut en 1897 dans le *Johns Hopkins Hospital Report*.

La même année, obs. de Remfey. — Femme âgée de 30 ans. Cette observation est curieuse car elle mesure bien la difficulté de diagnostic de ce genre de grossesse qui, dans le cas particulier fut confondue

avec un fibrôme. L'opération tentée ne réussit pas, la femme mourut au 8e jour.

La même année, obs. de Walthard. — Semi-augmentation de l'utérus gravide dans un cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire : guérison complète, et plus tard, grossesse normale dans la moitié de l'utérus qui a été conservé.

En 1895, obs. de Hœfpl : cas de grossesse dans une corne utérine. Guérison par opération.

En 1897, obs. de Gummert. — Cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire.

La même année, obs. de Targett. — Grossesse rompue dans une corne utérine rudimentaire.

La même année, Smoler publie une contribution à la catmotique des grossesses siégant dans une corne utérine rudimentaire.

En 1898, obs. de Serejnikoff. — Un cas de laparotomie pour grossesse dans une corne utérine rudimentaire d'un utérus gravide.

(Il nous a paru intéressant de citer les ouvrages traitant de ce genre de grossesse parus jusqu'à ce jour, il nous a semblé que la question serait ainsi mieux délimitée).

Avant de commencer l'étude clinique de la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, nous devons dire quelques mots du développe-

ment de l'utérus afin de faire comprendre ce que l'on entend par corne rudimentaire.

L'utérus est formé par la réunion des canaux de Müller. Ceux-ci, une fois réunis, se soudent, puis peu à peu la cloison qui les sépare disparaît en commençant par le bas.

Si l'un des canaux subit une atrophie ou un arrêt de développement, il en résultera un utérus réduit à une de ses moitiés : utérus uricomis, mais, admettons que cet arrêt de développement ne soit pas complet, il y aura alors formation du côté correspondant, d'une corne utérine rudimentaire plus ou moins développée et qui communiquera ou non avec l'autre corne.

Pour Himmerfarb, la corne rudimentaire sera plus fréquente à gauche qu'à droite, car sur 32 cas qu'il aurait réunis, il aurait trouvé 19 grossesses siégeant à gauche et 13 seulement siégeant à droite.

Quel nom donnera-t-on à cet utérus ? Les uns, entre autres Kussmaul et Furst, le considèrent comme un utérus unicorne avec une corne rudimentaire, d'autres comme Turner, Ruge et Sanger font remarquer qu'il s'agit en réalité d'un utérus bicorne dont l'une des cornes moins développée que l'autre est restée rudimentaire. Cette distinction n'offre d'ailleurs aucune importance dans l'étude que nous désirons faire. (Tarnier et Budin, vol. II).

Dans l'utérus présentant cette disposition, il peut se

faire que la grossesse se développe soit dans la corne bien formée, soit dans la corne rudimentaire. Dans le premier cas, quand la grossesse se développe dans la corne complètement formée, les choses se passent ou tout au moins peuvent se passer tout naturellement : la grossesse va à terme, une mauvaise présentation du fœtus est la règle. Nous n'avons pas du reste à nous occuper ici de ce genre de grossesse.

Dans le deuxième cas, quand la grossesse se développe dans une corne utérine rudimentaire, elle y évolue différemment suivant que cette corne s'ouvre ou non dans l'autre cavité utérine S'il y a communication large et si la corne bien que petite est suffisamment développée, la grossesse peut suivre son cours normal et l'accouchement avoir lieu à terme. Dans ce cas, quand la malade n'a pas consulté durant le cours de sa grossesse, la sage-femme ou le médecin sont appelés au moment du travail et peuvent seulement constater une présentation vicieuse, un siège généralement. La délivrance est alors le plus souvent incomplète : un curettage est nécessaire.

. Ces cas de grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire qui communique avec la cavité utérine par un canal plus ou moins large semblent être très rares.

Dans 15 observations citées par G. Wilkins dans les Johns Hopkins Hospital Reports, on trouve que

dans la seule observation de Scanzoni, il y aurait eu communication des deux cavités utérines ; ces observations sont celles de : Himmerfarb, Kaltenbach, Drejer, Ingleby, Landau, Luschka, Maschka, Meyer, Rosemburger, Ruge, Sanger, Turner, Virchow et Cullen.

On trouvera au début de ce travail quelques mots sur chacune de ces observations.

Dans les cas cités par ces auteurs, il n'y aurait pas eu communication entre les deux cavités, c'est-à-dire entre la corne rudimentaire et la corne bien développée.

Le plus souvent donc, il n'y aura pas communication entre les deux utérus. Dans la plupart des cas en effet, on trouve, reliée à l'utérus par un pédicule assez long, une tumeur arrondie globuleuse plus ou moins volumineuse suivant l'âge de la grossesse et qui est la corne rudimentaire dans laquelle se trouve le fœtus. Le pédicule mince est généralement plein, c'est-à-dire qu'aucun canal ne le traverse ; il isole par conséquent dans ce cas la tumeur fœtale de la cavité utérine.

Voici ce que dit Turner à ce sujet : « Il peut y avoir communication très large entre les deux cavités : la grossesse se développe alors normalement, ou bien il se forme entre les deux cavités une sorte de canal qui est plus ou moins long ou plus ou moins étroit, canal qui dans certains cas pourra disparaître et être rem-

placé par un cordon plein dans lequel on ne pourra trouver trace de la moindre ouverture. Parfois à chacune de ses extrémités, ce cordon présente une petite dépression plus ou moins accentuée qui est ou semble être un vestige de ce canal.

Dans un cas rapporté par Cruveilhier, une corne utérine rudimentaire communiquait par un étroit, mais distinct canal unissant les cavités des deux cornes l'une avec l'autre, s'étendant le long du pédicule et ouvert en haut dans la cavité bien développée de l'utérus droit.

Dans un cas rapporté par Rokitansky, le canal s'ouvrait au dessus de l'orifice interne de la trompe et avait la grosseur d'un grain de millet.

Le canal commençant du côté de la cavité utérine peut s'obstruer ensuite et empêcher toute communication avec la corne rudimentaire :

« Dans le cas original de Heyfelden, réexaminé avec soin par Kussmaul, un fin canal commençant juste au dessus de l'orifice interne de la corne bien développée, s'étendait à une courte distance dans le pédicule mais ne pouvait être suivi jusque dans la cavité de la corne gauche gravide et bien que Kussmaul incline à penser que c'était là le canal de sortie de la corne gauche, il ne peut le certifier. »

(W. Turner : Edinburgh medical Journal, 1866, may).

« Dans les cas décrits par Dionis, Tiedemann et

Czitak Ingleby et Luschka, aussi bien que dans ceux que j'ai décrits moi-même, on n'a pu trouver trace de canal et il est bien établi par Luschka avec lequel je suis d'accord, qu'aucune ouverture ne fut trouvée à l'extrémité du pédicule soit dans la corne utérine rudimentaire, soit dans la corne bien développée (Turner, Edinburgh Journal).

W. Turner cite en effet deux cas dans lesquels il fit des recherches sur cette absence de canal.

1er cas : « On examina le pédicule de très près pour voir si on trouverait un canal unissant la cavité de la corne gauche utérine gravide avec celle de la corne droite le col ou le vagin, mais on ne trouva rien bien qu'au cours de l'examen les fibres qui composaient le pédicule eussent été soigneusement disséquées. On ne trouva pas même un orifice à l'une des extrémités du pédicule... »

2e cas : « Comme il était important de certifier la nature de la communication entre l'intérieur de la corne utérine gauche gravide et le canal du vagin, le col et la corne non gravide, on examina avec soin le pédicule mais ni à l'une, ni à l'autre de ses extrémités on ne put voir d'ouverture. On disséqua alors soigneusement, séparant le péritoine du pédicule et avec un rasoir on fit des coupes perpendiculaires au grand axe de ce même pédicule. En examinant la surface de section on put voir plusieurs petites ouvertures : on se demanda alors si ces ouvertures appartenaient aux

divisions d'un canal courant le long du pédicule ou à des vaisseaux. Pour trancher la question, je fis passer du liquide coloré dans quelques-uns des vaisseaux déjà décrits comme passant le long du pédicule et le liquide arriva aux ouvertures, j'établis ainsi le rapport de ces ouvertures avec les vaisseaux. J'arrivai ainsi à cette conclusion que le pédicule ne contenait aucun canal unissant la corne gravide avec le vagin, le col ou la corne droite.

G. Wilkins dans les Johns Hopkins Hospital. Report de 1897 fait l'examen histologique d'une pièce provenant d'un utérus avec corne rudimentaire.

La bande qui unit l'utérus à la corne utérine rudimentaire est principalement constituée de fibres non striées. Le cordon qui traverse cette bande musculaire depuis l'orifice interne jusqu'à la corne rudimentaire est le reste du canal gauche de Muller. Le canal existe pendant 4 centim., mais ensuite s'oblitère jusqu'à l'extrémité opposée. Il n'y a donc pas par conséquent, communication entre l'utérus et la corne rudimentaire.

Pour terminer cette question de l'absence de communication entre les deux cavités utérines ou plutôt entre les deux cornes utérines, nous citerons l'observation suivante :

Observation. — *Grossesse rompue dans une corne utérine rudimentaire.*

Recueillie par le Docteur Targett. Citée dans les Transactions of the obstetrical Society of London, 3 février 1897.

M. Targett montre une pièce provenant d'une femme ayant eu une rupture utérine au cours de sa grossesse. Cette pièce offrait les caractères suivants :

L'œuf était en rapport avec le col de la corne gauche bien développée de l'utérus par un petit cordon qui paraissait être traversé par un canal très étroit. Ce cordon avait 3 pouces de long et représentait l'extrémité du canal droit de Muller.

La preuve que la grossesse s'est développée dans l'utérus et non dans la trompe repose sur ce fait que le ligament rond droit prend naissance sur le sac fœtal qui possède en outre un ligament large droit de longueur normale ainsi qu'une trompe de Fallope et un ligament ovarien absolument normaux.

La corne gauche était doublée d'une caduque et son col rempli de mucus.

La rupture survint à la suite de vomissements qui furent provoqués par une boisson apéritive (?) La mort suivit rapidement. La malade âgée de 24 ans était dans le 5e mois de sa grossesse.

Le docteur Griffith examina avec soin deux pièces semblables dans le but d'essayer de reconnaître la trace du canal de Muller ou d'un canal de communication entre la corne

développée normalement et la corne rudimentaire qui contenait l'œuf. Il fit des sections très fines à travers le cordon qui les unissait, mais ne réussit pas à trouver trace d'un canal dans ces deux cas. Il n'essaya pas de faire passer un fil de soie qui aurait trouvé naturellement un passage quelconque à travers la masse des fibres musculaires ou le long de quelques vaisseaux ou de quelques nerfs.

En résumé et d'après ce que nous venons de voir il peut y avoir entre les deux parties ou plutôt entre les deux cornes de l'utérus des rapports tout à fait différents. Dans quelques cas on verra une communication large exister entre les 2 cavités. Cette communication se réduira dans d'autres cas à l'existence d'un canal plus ou moins étroit dans le pédicule unissant les deux cornes, enfin en troisième lieu, nous avons essayé de démontrer la fréquence de cette disposition, on ne pourra trouver le plus petit canal entre les deux cornes utérines.

Nous pouvons donc affirmer, à la suite des observations précédentes qui furent prises avec soin, dans lesquelles on fit usage du microscope sur de fines coupes, qu'il peut ne pas y avoir de communication entre les deux cavités utérines.

On s'est longtemps demandé comment on pouvait expliquer cette absence de canal et malgré le nombre des opinions émises, il ne semble pas que la question ait été nettement résolue.

Ingleby (Edinburgh medical and Surgical Journal 1834) pense qu'au début le canal existe dans le pédicule mais qu'il s'oblitère ensuite après la conception ; le moment où a lieu cette oblitération du canal est difficile à connaître, et sa recherche ne peut que donner matière à discussion.

Kussmaul pense qu'il n'est guère probable qu'un tel canal n'ait pas existé avant la conception. Pour lui le canal s'est oblitéré après la fécondation : cette oblitération serait causée par la pression occasionnée par les vaisseaux qui entourent ce canal dont nous avons parlé plus haut et d'autre part, par le développement de la caduque dans l'intérieur du canal. A l'appui de cette théorie, Kussmaul cite un cas de Rokitansky, cas dans lequel la caduque aurait amené l'oblitèration totale du canal.

Turner dit ne pas accepter l'opinion de Kussmaul comme définitive car dit-il, Rokitausky ne mentionne pas dans le cas qu'il cite que le canal ait été oblitéré puisqu'il ajoute même que l'orifice du canal était situé au dessus de l'embouchure de la trompe du côté opposé.

Pour Turner le canal était oblitéré avant la grossesse.

Comment se fait la fécondation dans une corne utérine rudimentaire ? Quand cette corne communique largement avec la cavité utérine, la fécondation se

comprend facilement : le spermatozoïde arrive par la cavité utérine, l'ovule descend de la trompe, le plus souvent de celle qui aboutit à la corne utérine rudimentaire : nous verrons plus loin que les rapports du ligameur rond, de la trompe de Fallope et de l'ovaire avec ses ligaments demeurent tels qu'ils existent dans un utérus bien conformé.

Mais s'il est facile de comprendre comment, dans ce cas peut se produire la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde, il est beaucoup plus difficile d'imaginer cette rencontre quand la communication entre les deux cavités n'existe pas.

Depuis que l'on a parlé de la grossesse dans une corne utérine rudimentaire, on a essayé d'expliquer ce qui se passait dans ce cas particulier.

Les uns comme Ingleby ont essayé de remettre en valeur la vieille théorie de l'absorption d'Arnheim, mais on sait depuis longtemps que pour qu'il y ait fécondation, il ne suffit pas qu'il y ait un simple contact entre le spermatozoïde et l'ovule mais qu'il y ait pénétration de l'ovule par le spermatozoïde : ce qui revient à dire que ces deux facteurs de la grossesse doivent se trouver en présence.

Donc le plus simple est de penser que le spermatozoïde venant du vagin pénètre dans l'utérus, dans la corne bien développée. En admettant que nous ayons affaire à une corne utérine rudimentaire gauche, le spermatozoïde arrivera par conséquent dans

la corne droite au sommet de laquelle vient s'aboucher la trompe de Fallope, le spermatozoïde suit cette trompe, la traverse, arrive dans la cavité abdominale. La migration continue jusqu'à la trompe gauche où le spermatozoïde peut rencontrer un ovule venu de l'ovaire de ce même côté et le féconder. L'ovule fécondé arrive alors dans la corne gauche rudimentaire et la grossesse s'y développe. Dans le cas dont nous parlons, le corps jaune de la grossesse sera trouvé sur l'ovaire du même côté que celui de la corne où s'est développée la grossesse. Mais dans un tableau que publie G. L. Wilkins nous voyons qu'il peut se faire que le corps jaune de la grossesse soit du côté opposé à celui de cette grossesse, c'est à dire que par exemple si la grossesse, comme dans le cas dont nous parlons, s'est développée dans la corne utérine rudimentaire gauche, on trouvera le corps jaune de cette grossesse sur l'ovaire droit.

Voici les cas publiés par G. L. Wilkins, dont nous parlons :

Noms	Communication avec l'utérus	Côté de la grossesse	Côté où était situé le corps jaune	Migration
Himmerfarb	Pas	Gauche	Droit	Ovule et spermde par abdomen.
Kaltenbach.	id.	»	Même côté que la grossesse	Spermatozoïde par abdomen.
Scanzoni	Probablt un canal	Gauche	Droit	Par l'abdomen ou le canal.
Drejer	»	Droit	Gauche	Ovule et spermde par l'abdomen.
Ingleby	Pas	Gauche	Gauche	id. id. id.
Landau	id.	Gauche	Droit	id. id. id.
Luschka.	id.	Droit	Gauche	id. id. id.
Maschka	id.	Gauche	Droit	id. id. id.
Meyer	id.	»	Même côté que la grossesse	id. id. id.
Rosemberger . . .	id.	Droit	Droit	id. id. id.
Ruge.	id.	Droit	Gauche	id. id. id.
Sanger.	id.	Gauche	Droit	id. id. id.
Turner.	id.	Gauche	Gauche	id. id. id.
Virchow	id.	Gauche	Gauche	id. id. id.
Cullen et Wilkins	id.	Gauche	Droit	id. id. id.

Dans les 39 cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire que G.-L. Witkins a réunis, il n'a pu trouver que ces 15 cas dans lesquels il y aurait eu nettement migration de l'ovule et du spermatozoïde.

Dans le cas que lui-même publie, G.-L. Witkins continue son étude sur la migration de l'ovule :

« Dans notre cas, nous avons montré qu'il existait un canal entre le pédicule joignant les deux utérus mais que ce canal était fermé aux deux extrémités. Il n'y avait vraiment pas communication entre les deux cavités utérines. Comme il n'y avait aucune pression apparente pour oblitérer le canal, nous fûmes portés à croire que celui-ci s'était fermé au moment de la conception. Maintenant, en admettant cette hypothèse, voyons le chemin parcouru par l'ovule. Le corps jaune de la grossesse était sur le côté droit, par conséquent, le seul chemin par lequel la corne gauche avait pu être fécondée était la cavité abdominale.

« Dans le cas qui nous occupe, on peut alors expliquer aisément la migration de l'ovule, si nous considérons que la corne droite bien développée était située au centre ou près du centre de la cavité pelvienne, le cordon passant à plusieurs centimètres vers la gauche. Pour trouver une accommodation nécessaire, la corne rudimentaire doit s'être courbée soit en avant, soit en arrière de l'utérus. Il est à peine possible qu'elle se fût couchée en avant car elle eut ac-

croché la *vessie*. En se courbant vers la droite ou en arrière, la trompe gauche aurait été près de l'ovaire droit et l'ovule aurait pu être pris aisément par la trompe gauche et être emmené jusqu'à la corne rudimentaire. Il semble à peu près sûr que l'ovule de la trompe passa dans la corne utérine gauche par la cavité abdominale.

« Le seul chemin par lequel le permatozoïde pouvait atteindre la corne gauche était le suivant : il passait à travers l'utérus, la trompe droite, prit la cavité abdominale jusqu'à la trompe gauche et de là arrivait dans la corne rudimentaire. Il est impossible de savoir si l'ovule fut fécondé, soit avant, soit après son arrivée dans la corne rudimentaire ».

Voici donc l'ovule fécondé dans la corne rudimentaire, comment va évoluer cette grossesse ?

L'ovule s'implante sur un point quelconque de la muqueuse de la corne rudimentaire ; cette muqueuse s'hypertrophie rapidement, elle se développe en somme comme le fait la muqueuse utérine dans la grossesse normale : il y aurait donc dans la corne utérine une disposition de la muqueuse qui rapellerait celle de la caduque directe et de la caduque réfléchie.

D'après G.-L. Witkins, l'aspect d'une corne utérine rudimentaire grande dépend de l'âge de la grossesse. A mesure que la grossesse se développe, la corne s'étend naturellement et ses parois deviennent

plus épaisses. Cet épaississement se fait habituellement en haut et en dehors, juste au-dessous de l'insertion de la trompe. Les parois sont plus épaisses au point où la corne rudimentaire joint le pédicule. Dans la majorité des cas, la rupture a lieu entre le 4e et le 5e mois et le plus souvent la mort survient très rapidement.

L'utérus lui-même subit quelques modifications : tout d'abord, le plus souvent, il est déplacé latéralement au début tout au moins pour plus tard être refoulé en avant, tandis que le kyste fœtal descend dans le cul-de-sac de Douglas. Les formes de l'utérus sont conservées, mais ses dimensions augmentent, la muqueuse utérine s'hypertrophie, il se produit même une caduque à laquelle on a trouvé la même structure qu'à la caduque de la grossesse normale. Le col se ramollit. Bien entendu, la corne bien développée, qui est vide, participe à l'hypertrophie de la corne gravide : il se forme une caduque qui la tapisse intérieurement.

Cette hypertrophie de la corne bien développée non gravide explique pourquoi il est possible par le palper abdominal de trouver deux tumeurs, mais l'une est beaucoup plus volumineuse que l'autre, augmente progressivement de dimension : c'est la corne gravide.

La grossesse se développe donc dans la corne utérine rudimentaire : la femme peut ne rien ressentir

de particulier, elle est enceinte et peut croire qu'elle a une grossesse normale.

Parfois cependant elle a des vomissements fréquents et elle se plaint de souffrir beaucoup du ventre, elle peut percevoir les mouvements actifs du fœtus plus haut que de coutume. Mais la grossesse continue à se développer et le plus souvent il arrive un moment où les parois du sac qui contient l'œuf n'ont plus la résistance nécessaire pour le maintenir — d'autre part, elles ne peuvent plus se distendre. Une rupture utérine se produit à l'endroit le moins résistant c'est-à-dire au voisinage de la trompe, le fœtus fait alors irruption dans la cavité abdominale, une hémorrhagie accompagne toujours cette rupture, la femme tombe rapidement en syncope et meurt.

D'autre fois si elle échappe à la mort par hémorrhagie, une péritonite mortelle survient qui rapidement emmène la malade.

W. Turner (*Edinburgh medical Journal*) cite le cas observé par le Dr Brotherson, de rupture de la corne gauche rudimentaire granide. le fœtus s'échappa dans la cavité abdominale.

Je fus appelé le 11 mai, le matin pour aller voir Mme C... G...., âgée de 20 ans environ qui, brusquement était tombée malade. Je la trouvai couchée sur un lit avec ses vètements. Le pouls très faible était presque incomptable. Elle poussait de profonds soupirs. Elle se plaignait de faiblesse, mal de tête et

« tintement dans les oreilles. En examinant l'abdomen, je ne pus rien découvrir d'anormal sinon une légère douleur à la pression. Je prescrivis du brandy et de l'eau chaude avec un large sinapisme sur le ventre. Elle vomit le brandy presque aussitôt. J'examinai le col de l'utérus et je le trouvai un peu mou. Rien dans le vagin. Je lui redonnai un peu de brandy, de l'eau chaude et je la laissai. Je la repris à 9 h. 1/2 et ne trouvai aucun changement dans ces symptômes : toutefois elle me semblait plus faible et évidemment elle souffrait. Duncanson la vit avec attention avec moi et elle mourut le même jour dans l'après-midi ; nous fîmes, le Dr Duncanson et moi, par ordre du procureur, l'autopsie ».

A quel moment a lieu cette rupture utérine ? Il semble que les moments dangereux à passer soient vers le 3e ou le 6e mois. Dans un tableau que publie G.-L. Wilkins de 39 cas de grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire qu'il a pu réunir nous voyons que c'est en effet du 3e au 6e mois que les ruptures sont les plus fréquentes. Dans l'observation de Meyer de 1883, nous voyons une femme âgée de 28 ans qui avait une rupture utérine, elle n'était enceinte que de 7 semaines.

La rupture utérine qui est une complication terrible de ce genre de grossesse car dans les neuf-dixièmes des cas elle est mortelle, ne survient pas forcément. Elle est souvent évitée par la mort du

fœtus qui vient mettre un terme à l'accroissement continu du sac et aux dangers de sa rupture. Dans quelques cas rares cependant la corne gravide a pu se laisser distendre jusqu'à une époque avancée et même jusqu'à la fin de la grossesse. Lorsque l'enfant est resté vivant jusqu'à terme on peut voir survenir un faux travail. (Cas de W. Turner et Salin) puis les battements du cœur cessent et l'enfant succombe. Voici cette observation de Turner qui est citée dans l'Edinburgh Medical Journal de May 1866.

Le Dr Scott apporta au Dr James Simpson une pièce (utérus et annexes et lui raconta ce qui suit :

« Je fus appelé pour voir une dame mariée qui était au travail au dermier terme de sa grossesse. A l'examen, je trouvai le col de l'utérus très gros dans le vagin. Je m'aperçus bientôt que l'utérus n'était pas gravide. Il y avait un élargissement de l'abdomen formant une tumeur qui s'étendait du côté droit et avait la forme d'un utérus contenant un fœtus à terme. Les battements du cœur étaient perçus et les mouvements du fœtus sentis. »

Dans le cas de Luschka la rupture survint la 10e semaine.

Voici du reste un tableau qui pourra donner une idée du moment où a pu se faire la rutpure utérine :

Noms	Dates	Age de la grossesse	Age de la femme	Grossesses antérieures
Janich.........	1873	4/5 mois	27 ans	1
Kaltenbach	1884	4/5 mois	»	3
Zoug et Guntz..	1831	7/8 mois	20 ans	0
Tiedemann et Czitak.......	1818	6 mois	22 ans	»
Canestriti	1788	4 mois	24 ans	1
Dionis	1681	6 mois	20 ans	»
Behse.........	1852	6 mois	28 ans	2
Scanzoni	1854	4/5 mois	35 ans	4
Drejer.........	1832	5 mois	33 ans	5
Rokitansky	1842	3 mois	24 ans	»
Ingleby........	1833	4 mois	»	6
Heyfelden......	1835	5 mois	36 ans	4
Luschka.......	1863	2/3 mois	»	2
Maschka.......	1882	3/4 mois	38 ans	6
Meyer.........	1883	7 semaines	28 ans	»
Rosemberger...	1862	5 mois	24 ans	»
Ruge..........	1872	3 mois	»	»
Salviansky.....	1889	3 mois 1/2	29 ans	3
Turner	1866	3 mois	20 ans	»
Cullen.........	1294	3/4 mois	20 ans	1

« Les douleurs de la femme étaient violentes et toute la journée elles se compliquèrent de convulsions, malgré l'usage du chloroforme qui certainement les modifia. Les douleurs continuèrent durant plusieurs jours au bout desquels la malade demanda de se lever comme de coutume, au grand étonnement de ses amis et voisins ».

L'abdomen diminua alors de grosseur jusqu'au moment de la mort de la malade, mort qui survint par phtisie 6 mois après la date du travail supposé. A ce moment quand je la vis, l'abdomen n'avait plus que le tiers de sa grosseur.

Smoler (Prager Medical Woch, 1897), sous le titre de contribution à la casuistique des grossesses siégeant dans une corne utérine rudimentaire, dit que l'on considérait autrefois ces grossesses comme très rares. Actuellement on en connaît plusieurs exemples mais ce qui est surtout très rare, dit-il, c'est un fœtus allant à terme. Il observa avec le Dr Hoffmann de Carlsbad, le cas suivant :

« Une femme âgée de 24 ans, primipare, atten-
« dait sa délivrance vers la fin du mois d'août 1896. La
« femme n'ayant pas accouché à cette époque, après
« examen, le Dr Hoffmann diagnostiqua la mort du
« fœtus. La femme vint à mourir : à l'autopsie faite
« par le Dr Hoffmann, on trouva un fœtus dans une
« corne utérine rudimentaire ».

Cette observation montre que la grossesse dans

une corne utérine rudimentaire peut se développer très longtemps et aller jusqu'au terme sans qu'il y ait rupture utérine : dans le cas que nous venons de citer on ne dit pas cependant la cause de la mort de la femme et l'autopsie qui suivit tendrait à faire penser que la mort fut le résultat de complications utérines.

La rupture utérine est toujours à craindre tant qu'il n'y a pas mort du fœtus et consécutivement diminution dans le volume de la corne utérine gravide, l'observation suivante montre ce danger constant.

Serejnikoff, 1898. — Un cas de laparatomie pour grossesse dans la corne rudimentaire d'un utérin bicorne.

« Une primipare de 27 ans, au huitième mois de « sa grossesse ayant l'utérus rompu et affectée d'une « péritonite fut reçue à l'hôpital. Son état s'étant de « plus en plus aggravé on dut l'opérer. La laparato- « mie permit de constater que chez cette malade les « annexes de l'utérus faisaient totalement défaut du « côté droit. En outre, on trouva le fœtus dans la « corne droite qui était fortement distendue, rompue « et en partie adhérente à l'intestin. Le fœtus fut ex- « trait, il respirait, mais ne criait pas et il mourut 6 « heures après sa naissance. On a constaté sur le « crâne et le cerveau du fœtus des difformités : on a « retrouvé aussi les traces d'une hémorrhagie céré- « brale et de l'atélectasie des poumons. L'ablation de « la corne droite fut faite chez la malade : la conva-

« lescence fut longue, elle se termina par un complet
« rétablissement. L'auteur dit n'avoir trouvé que
« quelques cas analogues dans la littérature médi-
« cale. »

G.-L. Wilkins fait dans les Johns Hopkins Hospital Reports une bonne étude sur la terminaison possible des grossesses dans une corne utérine rudimentaire. Nous ne pouvons que citer le passage où il traite cette question.

Dans les 39 cas de grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire qui composent en quelque sorte l'histoire clinique de ce genre de grossesse il y en a 29 dans lesquels l'âge de la malade était connu : 23 d'entre elles avaient de 20 à 30 ans, 6 de 30 à 40 ans, 15 avaient eu des enfants.

On peut diviser ces cas en deux groupes :

1° Ceux où il y a eu rupture.

2° Ceux où la rupture n'a pas eu lieu.

1° Cas où eut lieu la rupture :

La grossesse se développe naturellement jusqu'au quatrième ou cinquième mois sans symptômes extraordinaires. Dans quelques cas pourtant il y a quelques douleurs dans le bas-ventre et les malades ne pouvaient reposer sur le côté atteint. Dans quelques cas il y a certains symptômes primonitoires. c'est ainsi qu'on peut noter quelques contractions utérines très douloureuses, par exemple. Dans d'autres cas la rupture survient sans douleurs. Quelques ma-

lades furent atteintes pendant le sommeil, d'autres après un léger ou un gros travail. Dréjer raconte qu'il fut appelé près d'une malade qui après avoir monté avec un lourd fardeau quelques marches, but un peu de thé et mangea, elle fut prise brusquement d'une violente douleur dans la région abdominale.

Il put faire ensuite le diagnostic de rupture utérine. Parfois, les signes sont tellement vagues que la cause véritable de la douleur peut être tout à fait méconnue. C est ainsi que dans les cas rapportés par Canestrini et Maschka, on soupçonna un empoisonnement. On voit parfois intervenir la justice et certains cas ont fourni prétextes à rapports médico-légaux.

Dans le cas de Kaltenbach, un mari avait maltraité sa femme. Celle-ci mourut cinq jours après. Elle avait ressenti une violente douleur dans la région abdominale, puis rapidement, le regard était devenu anxieux, la face pâle. Le pouls devint faible et incomptable et bientôt survint une syncope. L'abdomen était très distendu et la malade se plaignait de fréquentes envies d'aller à la selle et d'uriner. La respiration devint haletante et elle mourut, présentant tous les signes d'une hémorragie intense.

Dans la plupart des cas que nous citons, à l'autopsie, en examinant le vagin, le col fut trouvé ramolli et le plus souvent rempli de mucus. La sonde introduite dans l'utérus montra que la cavité utérine

s'était agrandie et mesurait 7 à 10 centimètres de profondeur. Le plus souvent, l'utérus était défléchi soit d'un côté, soit de l'autre, mais la flexion regardait la tumeur globuleuse arrondie qui était la corne rudimentaire gravide. Un long pédicule unissait cette corne au corps utérin lui-même. Le plus souvent on trouvait du sang dans la cavité de la corne rudimentaire, de laquelle on pouvait voir dans certains cas sortir une partie de la caduque.

C'est sur une observation recueillie par *Th. S. Cullen*, en 1894, dans les Johns Hopkins Hospital Reports que G.-L. Wilkins appuya ses études sur ce genre de grossesse.

Observation de Cullen. — *Grossesse dans une corne rudimentaire. — Mort.*

Mme K... R..., une Allemande, âgée de 29 ans, mariée. Réglée à 16 ans, régulièrement jusqu'à son mariage.

Onze mois après la naissance de son enfant, les règles revinrent et continuèrent à se montrer régulièrement jusqu'à environ 3 mois avant les troubles présents. En décembre 1893, je l'observai pour quelques douleurs dans la région de l'ovaire gauche. Ces douleurs cessèrent au bout de 10 jours. Deux ans auparavant, elle avait eu ce qu'elle supposa avoir été une ovarite.

Le 28 août 1894, elle avait de très douloureuses contractions utérines, la douleur s'irradiant dans toute la

région utérine et s'accompagnant à la fin de teinture rectalio vésicale.

Elle me dit qu'elle était enceinte de 3 mois et en l'examinant, je trouvai qu'il y avait une sensibilité assez marquée sur toute la région abdominale. J'ordonnai de la morphine. Le 29, au matin, elle ne souffrait plus et était tout à fait bien. Aucune souffrance du côte du vagin

Le 29, au soir, je fus subitement appelé et la trouvai de nouveau très souffrante. Il n'y avait encore aucune souffrance du vagin et il n'y avait pas apparence d'hémorragie du côté de la cavité pelvienne.

A l'examen vaginal, on pouvait sentir une tumeur globuleuse du volume d'une orange dans le petit bassin, à gauche de l'utérus. On fit le diagnostic de grossesse tubaire. Les souffrances continuèrent avec une grave violence jusqu'à 4 heures du matin, le 30 août.

Peu après, la même journée, les souffrances cessèrent soudain ; mais, après une période de calme complet, la malade tomba en syncope, le visage était très pâle, les extrémités étaient froides. Le pouls était petit et faible et il y avait une distension très marquée de l'abdomen.

En introduisant une sonde dans la cavité utérine, on lui trouva une longueur de 10 centimètres. On se prépara alors rapidement à intervenir, mais la malade étant tombée dans le coma, mourut à 10 heures du matin, juste 6 jours après les premiers signes de rupture.

Des observations qui précèdent on peut conclure que la rupture utérine est la terminaison presque

habituelle d'une grossesse soit développée dans une corne utérine rudimentaire.

Il est peut-être intéressant de savoir ce que l'on trouvera en faisant l'autopsie d'une malade morte de cette complication.

Nous pouvons transcrire le rapport pathologique que Cullen arrivera à l'observation que nous venons de rappeler :

a) On limita l'autopsie à l'examen des organes pelviens, on enleva environ 4000 centim. cubes de sang de la cavité abdominale. Le fœtus recouvert de ses membranes fut trouvé flottant dans la cavité péritonéale. La trompe et l'ovaire gauche étaient bien apparents ou près de l'utérus et les annexes.

L'utérus est bien développé du côté gauche. De ce côté s'élève une corne utérine rudimentaire : Ses dimensions sont de 11 centim. × 5 × 4, 5 centim. il est ramolli et luisant. Le col a 2 centim. de diamètre et est intact.

A la coupe, le canal cervical a 3 centim. de long. Les parois utérines ont 1 centim. d'épaisseur et la muqueuse utérine qui est quelque peu rouge a 6 à 8 millim. d'épaisseur.

Du côté droit de l'utérus près de son fond s'élève la trompe droite qui a 10 centim. de long. et 8 millimètres de diamètres. Elle est complètement libre d'adhérence. L'ovaire est intact. Les dimensions sont de 3 centim. 5 × 2 centim. × 2 centim. Il est ramolli

et luisant et contient un corps jaune de 15 cent. de diamètre. Le ligament rond est attaché à environ 1 centim. en avant de la trompe. Attachée du côté gauche de l'utérus à la jonction de l'orifice interne du col avec le corps utérin est une bande musculaire large de 2 centim. 5 et épaisse de 1 centim. Elle s'étend à 7 cent. à gauche et aboutit alors à ce qu'on pourrait appeler un deuxième utérus. A travers la bande musculaire allant jusqu'au col de la corne rudimentaire est un petit corps semblable à un cordon. Ce cordon a 3 millimètres 5 de diamètre.

Il est situé dans l'épaisseur de la bande musculaire à environ 1 centimètre de sa surface supérieure libre.

L'utérus rudimentaire a 6 centim. de long, 4 cent. 5 de large et 4 centim. 5 dans son diam. antéro-postériaur. Il est ramolli et luisant et présente des stries musculaires typiques.

A sa face postérieure est une déchirure de 4 cent. de long sur 1 cent. 5 de large. A travers cette déchirure passe un tissu placentaire typique. Du côté gauche de la corne rudimentaire on voit s'élever la trompe gauche qui a 9 centim. de long et 5 millim. de diamètre. Elle commence à 1 cent. au-dessous du fond de la corne rudimentaire. Elle est ramollie et luisante. Le pavillon est intact. L'ovaire a 6 cent. de large sur 2 centim. 5 de haut et 8 centim. de large. Il est ramolli d'une façon remarquable. Le ligament

rond commence juste au-dessous en face de la trompe. Il n'y a pas apparence de col dans l'utérus rudimentaire.

W. Turner rapporte une autopsie qu'il fit avec le Docteur Duncanson, d'une femme morte elle aussi de la rupture d'une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

« La cavité de l'abdomen fut ensuite examinée et on y trouva une grande quantité de sang (4 livres et demi environ, livres anglaises).

Le sang dont on ne voyait pas l'origine fut ôté avec soin et on découvrit alors un fœtus dans la cavité du péritoine. C'était un fœtus d'environ 3 mois.

Le fœtus était entouré de ses membranes qui n'étaient pas rompues. L'utérus humain fut trouvé un peu gros mais vide et déplacé vers le côté droit par la pression du fœtus. La mort avait été évidemment provoquée par une hémorragie due à la rupture de la grossesse et à l'arrivée du fœtus dans la cavité peritonéale.

« Un examen attentif des caractères anatomiques de la pièce m'amena à conclure que j'avais devant moi un de ces cas intéressants de malformations utérines, dans laquelle, la première division embryonnaire de l'organe en deux cornes distinctes a subsisté jusque dans la vie adulte. La corne gauche moins bien développée était grande et l'hémorrhagie qui provenait de la rupture de cette corne avait évidemment causé la mort de la malade.

« On peut ainsi décrire l'aspect de la fièvre,

« Le col utérin était ainsi comme d'ordinaire à l'extrémité du vagin.

« Le col se continuait par un organe de forme ovoïde qui ressemblait à première vue à l'organe entier mais qui n'était, en réalité, que la corne droite de l'utérus bicorne. En effet, au lieu d'être sur le même plan que le vagin et le col, il s'inclinait obliquement en haut et à droite et se terminait en haut « en s'enroulant ». Il était recouvert par le péritoine en avant. en arrière et à gauche tandis qu'à droite la séreuse s'en écartait formant les bords du ligament large droit.

« Le bord gauche était libre et convexe. La plus grande longueur (c'est-à-dire de l'orifice externe du col jusqu'à la pointe de la corne droite) était d'environ 4 pouces tandis que la plus grande largeur de la corne était d'environ deux pouces.

« Le ligament rond droit, la trompe de Fallope et l'ovaire avec ses ligaments étaient unis à la pointe de la corne. Leurs rapports à leur point d'attache étaient normaux, c'est-à-dire tels qu'ils auraient été dans un utérus bien conformé. La trompe de Fallope était longue de quatre pouces 3/4. On pouvait très bien voir l'organe de Rosenmuller dans le ligament tubo ovarique. Les parois de la corne utérine bien développée étaient plus épaisses que ceux d'un utérus non gravide, la cavité contenait une caduque épaisse, mais il n'y avait pas de fœtus. Le col était rempli par un amas de mucus. La cavité de la corne droite se continuait avec le canal cervical.

« Presque à angle droit, du côté gauche de la corne utérine droite, et près de son point de jonction avec le col,

était une bande (flatténeo) qui jouait le rôle de soutien pour la partie dilatée de la corne gauche et qui cependant pouvait être appelée le pédicule.

« Cette bande musculaire se dirigeait en haut et à gauche sur une distance d'un peu plus de un pouce et demi et se continuait alors ou plutôt s'enfonçait dans la portion dilatée de la corne gauche utérine. Le pédicule mesurait un pouce 1/4 de circonférence. Il était recouvert par le péritoine qui, d'une part se continuait avec le péritoine recouvrant la corne gauche, et d'autre part avec celui qui couvrait la corne utérine droite (Blodder).

« Le péritoine ayant été enlevé, on trouva le pédicule composé surtout de fibres musculaires dans lesquelles couraient de nombreux vaisseaux dilatés, artères et veines, jusqu'à la portion élargie de la corne gauche.

« La corne gauche avait quelque ressemblance avec une poire. La circonférence à sa partie la plus large avait environ 9 pouces. Le long de la paroi postérieure et en dehors, était une ouverture de 3 pouces de long au travers de laquelle le fœtus, revêtu par ses membranes et aussi par une masse musculaire ressemblant au placenta était sorti.

« A l'extrémité de cette corne étaient attachés le ligament rond, la trompe de Follope, le ligament ovarien et l'ovaire gauche ayant entre eux leurs rapports normaux.

« L'extrémité utérine de la trompe était à environ 3 pouces 1/2 du point où le pédicule sortait de la corne.

« La trompe de Fallope mesurée de son point d'attache à la dilatation avait cinq pouces de long.

« La paroi de la corne gauche était comme celle d'un utérus grandi et à l'endroit de la rupture, on pouvait voir

le placenta adhérent à l'intérieur. On examina le pédicule de très près pour voir si un canal unissant la cavité de la corne gravide avec celle de la corne droite où le col ou le vagin existait, mais on ne trouva rien, bien qu'au cours de l'examen on eut soigneusement disséqué les fibres musculaires qui composaient le pédicule. On ne trouva pas même un orifice à l'une des extrémités du pédicule.

Dans le 2e cas de grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire qu'il cite, M. Turner dit qu'il examina les pièces qui lui furent fournies après l'autopsie par le professeur Simpson.

« La préparation avait été laissée un temps considérable dans l'alcool et avait perdu sa couleur normale. Ce que l'on voyait de prime abord dans cette pièce était un gros sac irrégulièrement ovoïde qui mesurait 27 pouces environ dans la plus grande circonférence.

« Cela convenait au fœtus mâle, à terme apparemment.

« Ce fœtus était attaché par un cordon d'un pied de long à un placenta qui, de son côté, était uni à la surface interne du sac.

« Un pédicule fixait un côté du sac au col de l'utérus dont la structure semblait à première vue être celle d'un utérus non gravide.

» Le problème à résoudre était de connaître la nature de ce sac qui contenait le fœtus.

« Etait-ce quelque chose de tout-à-fait étranger à l'utérus ? Etait-ce une trompe de Fallope dilatée ?

« Etait-ce enfin un de ces cas dans lesquels subsiste la division de l'utérus en deux cornes et où une grossesse se serait développée dans une de ces cornes, laissant l'autre non gravide ?

« Un examen fait avec soin de tous les caractères anatomiques de la préparation me montra que j'avais affaire au dernier cas.

« Une portion de l'extrémité utérine du vagin avait été laissée et de son extrémité partait, comme d'ordinaire, le col utérin d'un pouce de long. Se continuant avec la partie supérieur du col, était un organe de forme ovoïde, d'un pouce 1/2 de long, qui, au lieu d'avoir la direction ordinaire de l'utérus, s'inclinait obliquement en haut et à droite et se terminait dans une sorte d'extrémité pointue, de laquelle partaient le ligament rond droit, la trompe de Falloppe et le ligament ovarien avec l'ovaire correspondant.

« Le bord gauche de l'organe, convexe et libre, était revêtu en avant et en arrière par le péritoine qui passait loin du bord droit de l'organe et formait le ligament gauche.

« Cet organe était évidemment la corne utérine droite ; ayant fendu cette corne, on trouva un canal qui continuait la partie supérieure du canal du col utérin, avec lequel il formait un angle obtus. A l'extrémité opposée, le canal communiquait avec l'intérieur de la trompe droite de Fallope. Cette trompe était solidement liée et courbée sur elle-même par des adhérences fibreuses.

« Il n'y avait pas de mucus dans le col utérin et pas de caduque dans la corne droite. Les parois de cette corne n'étaient pas plus épaisses que dans un état non gravide.

« Attachée au côté gauche du col, était une bande mus-

culaire ou pédicule de 2 pouces de long sur un bord qui allait vers la gauche et se terminait sur la paroi du sac contenant le fœtus déjà décrit.

« Les fibres qui formaient cette bande continuaient celles du col et de la corne droite d'une part et celles du sac de l'autre. La bande était revêtue par le péritoine qui se continuait aussi avec la séreuse, couvrant la corne droite et le sac. Les veines et les artères dilatées couraient le long du pédicule du sac.

« La trompe gauche de Fallope, avec ses ligaments péritonéaux, était unie au sac ovoïde ; à 2 pouces 1|2 en arrière de cette trompe partaient du même sac le ligament ovarien avec l'ovaire et en avant, environ à la même distance mais devant la trompe, partait le ligament rond.

« La distance entre le point terminal du pédicule et le point d'attache de la trompe de Fallope était un peu plus de quatre pouces.

« De ce qui précède, il résulte que, sans aucun doute, le sac était la corne gauche utérine dilatée et gravide, ainsi que le prouve l'augmentation de la distance qui existe entre les points d'attache comparativement à ceux de la corne du côté droit. Cette augmentation de distance est due à l'épaissenr des parois du sac.

« Turner parle ensuite des recherches qu'il fit sur la présence d'un canal traversant le pédicule pour unir la corne gauche gravide et rudimentaire avec la corne droite. Nous avons vu plus haut que ces recherches, de même d'ailleurs que dans le cas précédent, avait eu un résultat négatif. »

Ces deux observations d'autopsie montrent bien quel aspect revêt une cavité utérine rudimentaire gravide.

C'est une sorte de sac, le plus souvent de forme ovoïde, qui se trouve être situé, suivant la corne qui s'est mal développée, soit à gauche, soit à droite de l'utérus. Ce sac plus ou moins gros suivant l'âge de la grossesse se trouve relié au côté gauche de l'utérus par une bande musculaire, dans laquelle est inclus un cordon considéré par les auteurs comme un résidu du canal de Müller. Ce cordon est le plus souvent creusé d'un canal unissant les deux cornes, le plus souvent, nous l'avons vu, il est plein. Du côté opposé à cette bande musculaire, partent la trompe de Fallope, en avant de celle-ci le ligament rond, en arrière le ligament ovarien et l'ovaire.

Nous verrons au diagnostic l'importance que l'on doit donner à la recherche des rapports exacts qu'affectent entre eux ces organes.

2° Cas où il n'y a pas eu rupture utérine.

Dans le cas précédent publié par W. Turner il n'y avait pas de rupture utérine et le fœtus, nous l'avons dit, était arrivé à terme.

En effet, à l'exception des quatre cas : Pfeffinger et Fritz. Landau, Sanger et Winter, tout appartient au groupe arrivé à terme.

Dans les quatre cas dont nous parlons la rupture

ne se produisit pas, parce que la malade, soit qu'on eût opéré à temps après avoir fait le diagnostic de bonne heure, comme dans le cas de Landau, dans lequel l'opération eut lieu au 3e mois, soit qu'il y ait eu dès le début de la grossesse mort du fœtus et formation d'un lithœpédion comme dans le cas de Pfeffinger et Fritz.

Dans tous les autres cas où la rupture ne survint pas, la grossesse dépassa de beaucoup le terme normal ou plutôt il y eut mort du fœtus, formation d'un lithopœdion et rétention consécutive. C'est ainsi que nous trouvons les observations de Galle, Kœberlé, Macdonald, Hetzel, Salin, Werth, Wiener et Turner.

Dans la plupart de ces cas la malade fut opérée vers le 12e ou 13e mois du début probable de sa grossesse. L'opération se fit bien et la guérison survint.

Pfeffinger et Fritz rapportent le cas d'une femme condamnée à la prison perpétuelle. En arrivant elle déclara qu'elle était enceinte, mais après trois mois d'observation, le médecin dit qu'il n'y avait pas de signes de grossesse. Trente ans après, la femme tomba malade et mourut en 4 mois. A l'autopsie on trouva une corne utérine gauche rudimentaire d'un diamètre de 3 c/m. Les parois étaient tapissées d'un dépôt calcaire blanchâtre. La cavité utérine renfermait un pus inoffensif dans lequel se baignaient les os d'un fœtus. Kussmaul pense que dans ce cas la suppuration était due à la présence des os fœtaux.

Diagnostic

Il est à peine besoin de faire ressortir l'impor-portance qu'il y a de poser un diagnostic exact de ce genre de grossesse. Les dangers que court la malade sont en effet très grands et rares sont celles qui, nous l'avons vu, échappent à la rupture de leur grossesse dans la cavité péritonéale. La seule chance de salut que ces femmes puissent avoir est la mort du fœtus et la formation d'un lithopœdion qui permet à la poche qui contient l'embryon, non seulement de ne plus augmenter progressivement de volume, mais de diminuer d'ampleur et par conséquent de courir beaucoup moins les risques d'une rupture par excès de tension de ses parois.

D'autre part, il n'y a pas non plus à faire ressortir la difficulté du diagnostic de ce genre de grossesse : d'après ce qui précède on a pu voir que les signes qui ont pu amener dans les cas connus à établir un diagnostic exact, n'ont pas été bien fixés par ceux qui observèrent ces cas ; car le plus souvent ce n'est qu'après une laparotomie, ou après une autopsie, c'est-à-dire l'utérus et les annexes devant les yeux que l'on a pu faire ce diagnostic.

Le premier pas est déjà assez difficile à franchir : il faut établir en effet que la femme est enceinte avant de chercher à savoir quel est le genre de sa grossesse. Or, on sait que, au début une grossesse même normale peut être tout-à-fait méconnue et, nombreux sont les cas où une erreur fut commise. Une des difficultés du diagnostic est dans l'obligation dans laquelle on se trouve de faire ce diagnostic le plus vite possible afin d'éviter une complication. Or, dans les premiers mois les signes de la grossesse manquent de certitude et on ne peut s'appuyer sur les grands symptômes probants de l'existence de la grossesse : battements du cœur fœtal et mouvements du fœtus.

Donc, premier point à faire ressortir : difficulté dans les premiers mois d'affirmer que la femme est enceinte.

On voit des femmes venir consulter pour des douleurs qu'elles ressentent assez fréquemment dans le bas-ventre surtout au moment de leurs règles qu'elles n'ont du reste pas eu depuis deux ou trois mois ; d'autres viennent accusant des maux d'estomac, elles vomissent fréquemment le matin ou après avoir mangé sans que rien ne puisse expliquer la cause de ces vomissements.

Chez d'autres, le ventre a grossi de même que les seins qui sont devenus douloureux depuis quelques temps. Tous ces états cachent parfois une

grossesse qui se développe et sur la trace de laquelle un examen un peu attentif on pourrait mettre. Donc 1er point : la femme est enceinte... les règles sont supprimées depuis quelques mois, le ventre a grossi, les seins sont douloureux et gros, la femme a des vomissements de nature indéterminée.

L'examen des organes génitaux est parfois négatif, par exemple si on se trouve en présence d'une grossesse de 1 mois à 1 mois 1/2, parfois si l'on se trouve devant une grossesse plus avancée, on pourra constater des signes de graves présomptions : un col qui est légèrement ramolli et un utérus qui est sensible au toucher, la main gauche étant mise sur l'abdomen et le déprimant au dessus de la symphyse pubérienne, tandis que l'index de la main droite touche le col, on peut se rendre facilement compte de l'augmentation de volume de l'organe et sans affirmer absolument une grossesse, prêter attention en donnant à la femme le conseil de revenir.

La femme revient donc 15 jours ou 1 mois après, le plus souvent elle se plaint encore de souffrir beaucoup du bas-ventre, la pression avec la douleur l'exaspère, cette douleur s'irradie vers la face interne des cuisses et vers le sacrum. Au toucher le col est ramolli mais on peut constater que le volume de l'utérus n'a pas progressé, il est resté sensiblement le même qu'au dernier examen et ne répond pas en tout cas à l'âge de la grossesse. A ce moment on

peut parfois suivre dans un des culs de sac latéraux au vagin une tumeur faisant plus ou moins corps avec l'utérus. Cette tumeur arrondie, globuleuse, se développera tandis que l'utérus restera sensiblement le même.

Tels sont à peu près tous les signes que l'on pourra trouver dans la 1re période, en récapitulant nous avons donc :

D'abord : signes de grossesse probable, douleurs plus ou moins vives dans le bas-ventre, ces douleurs pouvant parfois se heurter à un des côtés de l'abdomen. Dans certains cas, une tumeur est perceptible à la palpation dans une des fosses iliaques.

Au toucher, col ramolli, utérus légèrement augmenté de volume sans cependant être en rapport avec l'âge de la grossesse:

Enfin tumeur juxta utérine siégeant dans un des culs de sac. Ces signes de la 1re période de la grossesse nous font déjà penser aux erreurs qui peuvent être commises.

Pendant cette période, en effet, toute tumeur du voisinage de l'utérus peut être prise pour une grossesse dans une corne utérine rudimentaire ou plutôt on pourra confondre cette grossesse avec : un kyste de l'ovaire, un phlegmon péri-utérin, un abcès de la cavité de Retzius, une tumeur salpingienne.

Ces erreurs sont assez faciles à éviter avec un

peu d'attention. Le diagnostic se fait surtout parce que dans ces différentes affections, il n'y a pas de phénomènes symptomatiques de la grossesse ou de phénomènes de ramollissement ou de l'hypertrophie du côté de l'utérus.

Une observation de Gummert (1897, Centralbl. Gyn. Leipz., juin 1897) nous montre cependant que l'erreur peut être commise :

L'auteur cite en effet l'observation d'une femme âgée de 28 ans, primipare, qui était atteinte d'une grossesse dans une corne rudimentaire utérine. Il fait l'histoire de la maladie. La malade éprouve de violentes douleurs et a parfois des hémorrhagies. Il fait ensuite la description anatomique de la maladie, il examine la structure et la disposition de son bassin, l'état de ses organes et de la tumeur, etc..., il pose le diagnostic de grossesse au 3e ou 4e mois et de tumeur dermoïde de l'ovaire gauche. La malade fit une fausse couche et douze jours après les symptômes furent tels qu'ils parurent confirmer le diagnostic de tumeur ovarienne. La malade fut opérée et guérie et on put faire le diagnostic exact de grossesse développée dans une corne rudimentaire.

On devra surtout faire le diagnostic avec les *Tumeurs salpingiennes* et en particulier avec l'*Hématosalpinx* : l'absence de fièvre sera en faveur d'une grossesse.

Avec l'*Hématocèle rétro-utérine* : celle-ci se re-

connaît surtout aux phénomènes douloureux et hémorrhagies qui l'accompagnent, de plus on peut percevoir dans le cul de sac porté une tumeur plus ou moins dépressible et plus ou moins fluctuante.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que certaines hématocèles ne sont constituées que par des épanchements sanguins résultant de la rupture d'une grossesse d'une corne rudimentaire.

Avec une *rétroversion de l'utérus gravide* on retrouve dans les 2 cas les phénomènes sympathiques de la grossesse, les symptômes douloureux, la compression des réservoirs voisins et même pour atteindre le col de l'utérus. Parfois même le cathétérisme favoriserait l'erreur en faisant croire que la cavité utérine est vide. Le mieux est d'avoir recours à l'examen sans le chloroforme, cet examen éclairera le diagnostic car il permettra de faire constater que l'on se trouve en présence non de deux, mais d'une seule tumeur.

Une observation que nous publierons par la suite nous montre que l'on pourra parfois confondre une grossesse dans une corne rudimentaire avec un avortement : on est appelé près d'une femme qui, ayant présenté des signes plus ou moins manifestes de grossesse est prise tout-à-coup de douleurs expulsives et d'hémorrhagie : on constate ou non dans les caillots la présence d'une caduque, l'utérus est volumineux, le col un peu ramolli est entr'ouvert, on pense

que la femme a fait un avortement. Un examen plus attentif permet cependant de reconnaître au voisinage de l'utérus une tumeur plus ou moins volumineuse, peu mobile, que l'on prend d'ailleurs à peu près régulièrement pour une trompe gravide.

Dans l'observation que nous allons citer, on prit pour un fibrome une grossesse développée dans une corne rudimentaire et le chirurgien agit en conséquence : il fit une laparotomie et enleva le fibrome. On pourra voir combien désastreuse fut cette erreur de diagnostic qui amena rapidement la mort de la malade.

Grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire (Obs. de Remfry)

(Transactions of the obstetrical Society of London, 30 octobre 1894)

Le Dr Remfry montre un spécimen de grossesse développée dans une corne rudimentaire avec des illustrations en couleur.

Cette pièce consiste en un œuf enveloppé d'une coque épaisse. A son extrémité gauche en regard de la coupe on peut voir la fin du ligament rond gauche et de la trompe gauche de Fallope.

A travers une ouverture faite ensuite dans la tumeur, on put voir les parties faciales de la tête d'un fœtus de 6 mois environ.

Reposant absolument sur la machoire, on trouva 3 petits os qui furent pris pour le fémur, le tibia et le péroné. L'épaisseur du sac d'un côté de l'incision était d'environ 3[8 de pouce.

Cette pièce provenait d'une malade âgée de 30 ans environ qui vint à l'hôpital se plaignant de douleurs dans le bassin et disant que son ventre grossissait tous les jours.

Son histoire et l'examen de la malade firent conclure que la tumeur était un fibrome de la variété sus-péritonéale. Fibrome qui s'élevait de l'utérus. La malade fut traitée en conséquence et la tumeur, du moins, diminua rapidement.

Le traitement cependant n'atténuait guère les symptômes et quelques mois après il fut décidé d'extraire le prétendu fibrome : les souffrances très marquées et le malaise qu'il provoquait chez la malade firent décider l'opération.

L'opération fut aisée. Le pédicule n'était guère plus gros que celui d'un kyste : l'ovaire ordinaire. En passant la main en arrière dans le petit bassin on trouva la portion droite de l'utérus avec sa trompe de Fallope et le ligament rond se courbant vers le côté droit.

La malade alla très bien après l'opération et 7 jours après les fils furent enlevés et la plaie semblait être tout-à-fait guérie.

Le 8e jour cependant la malade eut un violent accès de toux. Quelques instants après on découvrit que quelques anses de l'intestin grêle s'échappaient de dessous les vêtements.

L'intestin était rouge et sec.

On ouvrit l'abdomen : tous les intestins excepté la por-

tion qui s'était échappée étaient dans un état de bonne santé apparente.

La cavité péritonéale fut lavée avec de l'eau chaude, et on employa tous les moyens pour sauver la malade, mais elle ne reprit pas connaissance, et mourut le lendemain.

A propos du diagnostic, le Dr Remfry dit que quand on ne peut pas constater l'absence des règles ou noter quelques signes de grossesse, la nature de la tumeur durant la vie ne peut être déterminée.

Une telle tumeur, aussi loin que l'on peut porter ses recherches, a toujours été prise pour un fibrome.

Après l'opération, quand on trouve les restes d'un fœtus, la question fut simplement de savoir si l'on avait à faire à une grossesse extra-utérine où à une grossesse dans une corne utérine rudimentaire. Dans le 1er cas, le ligament rond et la trompe de Fallope auraient été opposés à la tumeur (?) du même côté dans le 2e cas.

Comme on voit, d'après le Dr Remfry, le diagnostic des tumeurs juxta utérines est fort difficile, et il n'hésite pas à dire qu'il est impossible à faire dans certains cas Il va peut-être un peu loin quand il dit qu' « une telle tumeur, aussi loin que l'on peut porter ses recherches, a toujours été prise pour un fibrome »,

Il eut en effet été plus dans le vrai en disant que, le plus souvent, en présence d'une telle tumeur, on avait pensé à une grossesse extra-utérine.

C'est en effet le diagnostic de grossesse extra-utérine qui fut fait le plus souvent en présence d'une grossesse utérine rudimentaire, et nous allons voir combien l'erreur est aisée à commettre.

Au début de ce travail nous avons vu déjà que Kussmaul avait signalé plusieurs cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire qui avaient été pris pour des cas de grossesse extra-utérine, c'est en effet sous ce dernier titre que parurent les observations de Pfeffinger et Fritz, Tiedemann et Czitak, Zoug et Guntz-Drejer, Ngleby, Heylelden et Behse. La plupart de ces auteurs firent suivre leurs observations de la description des pièces qu'une opération ou une autopsie leur avait fournies et c'est en lisant ces observations et surtout en examinant les dessins qui y étaient adjoints, que Kussmaul conclut que dans ces cas on avait pris pour des grossesses extra-utérines, des grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire.

Depuis et malgré l'ouvrage de Kussmaul, que M. Turner nous signale comme ayant été le point de départ des études sérieuses faites sur ce sujet, de nouvelles erreurs ont été bien souvent commises :

C'est ainsi que l'on voit, en 1863, le Dr Hayden montrer à la Société obstétricale de Londres, comme un exemple de grossesse tubaire, une pièce qui fut produite par les Drs Tyler, Smith et Braxton Hicks et qui, décrite par eux, figura dans le 5e volume des

« Transactions de la Société » comme une grossesse extra-utérine. M. Turner est d'avis que l'on eut à faire dans ce cas-là à une grossesse dans une corne utérine rudimentaire.

De nos jours, où la question est un peu mieux connue, les erreurs de diagnostic, entre ces 2 genres de grossesse, sont certes aussi fréquentes.

C'est ainsi qu'en 1893 Johnson publie une observation qu'il intitule :

Grossesse dans une corne utérine rudimentaire gauche prise pour une grossesse extra-utérine

« Il y a quelques mois, je vis en consultation Mme M..., âgée de 22 ans. Les règles, qui jusqu'alors avaient été régulières, manquaient depuis trois mois. Depuis ce moment de leur disparition, elle avait toujours beaucoup souffert dans la région ovarienne gauche. A certains moments cette douleur devenait très vive et très aiguë et la faisait crier. Je vis la malade vers midi. La veille au soir on avait fait appeler un médecin de la famille qui me parle d'une perte sanguine de quelques heures qu'aurait eu la malade. Il n'était rien sorti du vagin. Une grande douleur, aussi violente par instants qu'un coup de couteau était localisée dans la région ovarienne gauche avec une grande sensibilité à la pression.

« La malade était immobile et avait une expression anxieuse. Le pouls était à 120°, la température à 101 (Farenheit). La malade n'était pas en syncope. On lui donna de

l'éther et on introduisit la main dans l'utérus qui était vide. On fit alors le diagnostic de grossesse extra-utérine probable.

« Quand je vis la femme, les mêmes symptômes existaient. Elle avait perdu un peu durant la nuit et la matinée, mais, excepté du sang, rien n'était sorti du vagin. Elle était pâle et immobile et vomissait. L'abdomen était distendu et tellement sensible que la palpation ne pouvait donner aucun renseignement. L'examen du vagin permet de constater un utérus gros avec une grosseur mal définie et sensible, partant de la corne gauche.

Le pouls était à 130° : la température à 103° Farenheit ; la malade avait toute sa connaissance. On dut lui faire une piqûre de morphine pour calmer sa douleur.

A 2 h. 30, l'abdomen fut ouvert. On trouva un utérus gros avec une corne gauche augmentée de volume ; la trompe gauche près de l'utérus était augmentée de volume. Avec l'extrémité d'une curette, on put retirer une certaine quantité de tissu placentaire de la corne gauche. La convalescence survint rapidement et la malade guérit en 4 semaines. Elle est maintenant enceinte de 4 mois.

Dans le cas qui vient d'être cité, les symptômes étaient absolument ceux d'une grossesse extra-utérine, ils étaient certainement aussi nets que si j'avais trouvé un fœtus soit dans la corne droite, soit dans la cavité abdominale.

Observation de Hoepfl. — *Cas de grossesse dans une corne utérine. — Guérison par opération (1895, Munch. médic. Woch).*

L'auteur cite le cas d'une femme, âgée de 31 ans, ordinairement bien réglée et bien portante.

A l'examen, on recueillait les signes suivants : son ventre est fortement augmenté de volume et présente une tumeur qui va à 6 centimètres à gauche de la ligne médiane.

Le côté droit du bassin, et en particulier la région du cul-de-sac de Douglas, est occupé par une tumeur qui donne une fluctuation très manifeste. Le col est situé en avant et l'orifice utérin complètement fermé. Les glandes mammaires sont augmentées de volume et à la pression, laissent sécréter un liquide analogue à du lait.

La malade fut opérée pour une grossesse extra-utérine. La cavité abdominale fut ouverte par une incision allant de la symphyse à l'ombilic et l'on se trouva en présence d'une grossesse dans une corne utérine. L'extraction du fœtus fut opérée. Les suites opératoires furent bonnes. Le diagnostic posé fut le suivant : utérus bicorne à un seul col, avec atrésie incomplète de la corne droite gravide.

En réalité, le diagnostic entre la grossesse extra-utérine et la grossesse dans une corne utérine rudimentaire est impossible ou presque impossible sur la femme vivante.

Dans les deux cas, les signes fonctionnels de la grossesse normale peuvent exister : suppression des

règles, augmentation du volume du ventre et des seins, troubles digestifs. En outre, on peut voir apparaître les deux symptômes suivants :

1° Douleurs dans le bas-ventre avec irradiations dans les lombes ; ces douleurs reviennent surtout au moment des règles ;

2° Ecoulement sanguin. Bien que dans le 1/3 des cas, cet écoulement, d'après M. le Dr Pinard, ne se produit pas, il n'est pas rare de le voir apparaître ; il peut même être suivi par l'expulsion d'une portion de la caduque : cette expulsion peut faire croire à un avortement.

Dans l'observation de Johnson que nous avons citée, on a pu voir que ce dernier on s'était beaucoup préoccupé de ce qui avait pu sortir du vagin, tellement le cas qu'il relate pouvait donner l'illusion d'un avortement.

On doit à la vérité d'ajouter que, d'après ce que nous avons dit sur les rapports existant entre la corne utérine gravide et le restant de la cavité utérine, l'expulsion de la caduque doit être fort rare dans la grossesse utérine rudimentaire, car le canal qui joint les 2 cornes est, on le sait, très fin et dans beaucoup de cas n'existe pas.

Les signes physiques de la grossesse extra-utérine et de la grossesse dans une corne rudimentaire sont pour ainsi dire identiques et varient suivant l'époque à laquelle une femme est examinée.

Dès que le kyste fœtal est suffisamment développé pour être perceptible par le palper, on sent une tumeur située à droite ou à gauche de la ligne médiane, irrégulière, peu mobile, et à côté de laquelle se trouve une autre tumeur plus régulière et présentant des contractions : c'est l'utérus hypertrophié. Il semble pourtant que le plus souvent, lorsqu'il s'agit d'une grossesse dans une corne utérine rudimentaire, la tumeur voisine de l'utérus est mobile : cette mobilité, sur laquelle Landau insiste tout particulièrement, est due à la présence du long pédicule dont nous avons parlé au cours de ce travail.

On peut constater par le toucher que le col est légèrement ramolli mais le ramollissement du col qui est constant pendant toute la grossesse n'est jamais aussi accusé, aussi complet que dans la grossesse utérine normale.

Le Diagnostic impossible dans la première période n'est pas plus facile alors qu'il y a eu complication subite dans la marche de la grossesse.

Nous avons vu que de même que pour la grossesse extra-utérine la complication redoutable de la grossesse dans une corne utérine rudimentaire était la rupture du kyste fœtal qui dans la presque totalité des cas entraînait la mort de la malade.

Le diagnostic de rupture de l'utérus est aisé à porter surtout lorsque l'on a fait le diagnostic de grossesse.

La rupture que l'on ait à faire à une grossesse

dans une corne ou à une grossese extra-utérine s'annonce par des symptômes alarmants : douleur brusque et vive dans l'abdomen, cette douleur s'accompagnant d'irradiations multiples. La face devient pâle, le pouls petit fréquent prusfiliforme, les extrémités se refroidissent. La femme perd connaissance et tombe en syncope.

L'exploration de l'abdomen est très douloureuse et la pression qu'elle nécessite augmente les douleurs. La femme succombe rapidement par l'anémie due aux hémorragies ou par suite de péritonite.

On peut à l'aide du toucher constater la présence dans le cul de sac postérieur d'une tumeur arrondie, globuleuse, fluctuante : hématocèle retro utérine.

Dans la plupart des cas on attribuera la rupture utérine à une grossesse tubaire qui est beaucoup plus fréquente que la grossesse d'une corne utérine, aucun signe différentiel ne peut-être invoqué pour faire une distinction entre les origines possibles de cette rupture. Suivant G. Wilkins et Landau, la rupture utérine se produirait plus tôt dans la grossesse tubaire que dans la grossesse dans une corne rudimentaire.

Nous n'avons pas essayé pour parler du diagnostic entre ces deux genres de grossesse de diviser les grossesses extra-utérines en leurs groupes communs : ovarienne, tubaire, interstitielle, car les signes fournis par ces 3 genres sont absolument les mêmes, seule la grossesse interstitielle mérite une men-

tion à part car il semble que c'est avec elle surtout que l'on doit et surtout que l'on a dû le plus souvent confondre la grossesse dans une corne rudimentaire. L'erreur inverse est d'ailleurs fort possible ainsi que le prouve l'exemple suivant :

Observation personnelle

(Recueillie à la Maternité de Saint-Louis).

Femme V.., âgée de 23 ans, 3e grossesse.

La malade âgée de 23 ans a eu deux grossesses. La première à 18 ans, l'enfant une fille est venue à 8 mois, très malingre, elle serait morte 27 jours après de méningite (mois de Mai).

Quelques jours après être accouchée, la malade fut prise de fièvre, frissons, vomissements. Elle fut transportée à Laënnec où on fit le diagnostic de péritonite. Elle reste 24 jours à la maternité de cet hôpital; guérie de sa péritonite, on la fait passer en chirurgie où on lui fait un curettage. Elle est ensuite bien portante jusqu'à sa deuxième grossesse.

2e grossesse. — A vingt ans, c'est-à-dire en 1896 la malade accouche d'une fille vivante à terme (accouchement fait à la maternité de Saint-Louis). L'accouchement se fait bien, la malade au bout de 9 jours, a un peu d'élévation de température avec lochies fétides et on est obligé de lui faire des injections intra-utérines. Elle va du reste rapidement mieux. Elle part sur sa demande au bout de 21 jours.

Bien portante ensuite,elle peut nourrir son enfant qui est en bon état.

3e *grossesse* 1899. — La malade vient à la consultation de la maternité de Saint-Louis au mois d'avril 1889. Elle dit souffrir du ventre. Elle n'aurait pas eu ses règles depuis le 20 février.

On constate que l'utérus est gros, le col ramolli, on dit à la malade qu'il y a toutes chances pour qu'elle soit enceinte, on lui conseille de revenir. Elle est mise au régime lacté car il y a de l'albumine dans les urines.

Du mois d'avril jusqu'au moment où elle entre dans le service (commencement du mois de juillet), la malade vient à la consultation à peu près régulièrement tous les huit jours: elle souffre toujours du ventre, surtout à droite, elle ne perd pas de sang mais perd beaucoup en blanc. On lui ordonne deux injections chaudes de permanganate de potasse (1/1000), une le matin, une le soir.

On peut constater que l'utérus augmente de volume. En même temps, on remarque du côté droit de l'abdomen une sorte de tumeur qu'il est facile de délimiter par le palper et qui dépend nettement de l'utérus;la malade a constaté elle-même l'existence de cette tumeur. Les douleurs qu'elle ressent sont du reste toujours limitées à cet endroit. La fosse iliaque gauche est plate et tout-à-fait libre.

Au toucher les sensations perçues par la palpation sont confirmées : une tumeur arrondie et irrégulière de la forme d'une pomme de moyenne taille est sentie dans le cul-de-sac droit. Cette tumeur qui n'est pas mobile fait corps à l'utérus.

Chez cette femme, dont les dernières règles remontent

au 20 février, l'utérus a le volume d'un utérus gravide de 3 mois à peine, et l'on est en juillet. Au contraire, la tumeur qui lui est accolée a sensiblement progressé.

M. Baudron porte le diagnostic de grossesse éctopique, soit interstitielle, soit développée dans une corne utérine rudimentaire. La malade entre à la Maternité de Saint-Louis, le 7 juillet. M. Baudron, en présence des dangers de rupture auxquels cette femme est exposée, décide de pratiquer une laparotomie. L'opération devait avoir lieu le 15 juillet, quand dans la nuit du 12 au 13 juillet, les douleurs de la malade deviennent très vives, elle perd des eaux en assez grande quantité ; immédiatement les douleurs diminuent de fréquence et d'intensité.

Le 20 juillet, à 6 h. 3/4 du matin, la malade expulse en allant sur le bassin, un petit fœtus macéré de 110 grammes sans aucune douleur et sans perdre de sang. Le placenta reste dans la cavité utérine. Après l'avortement, la tumeur a regressé de trois centimètres ; la région est toujours douloureuse.

A 10 h. 1/2, M. Baudron fait donner du chloroforme à la malade pour procéder à l'extraction du placenta. La cavité utérine est largement et facilement dilatée avec des bougies de Hégar et, la main étant toute entière introduite dans le vagin, cette cavité est explorée avec soin. Elle ne présente rien d'anormal sur les faces antérieure et postérieure ni sur le côté gauche. Mais à droite, au niveau de l'embouchure de la trompe, à 8 centimètres de l'orifice externe du col et sur le même plan que le fond de la cavité utérine, l'index arrive sur un orifice circulaire comme une pièce de 50 centimes dans lequel il peut facilement pénétrer.

A cet orifice, fait suite un canal de même calibre d'une longueur de 1 c/m environ aboutissant à une arrière-boutique à parois flasques dans laquelle le placenta est inséré. De l'orifice externe du col au fond de cette arrière-boutique le trajet mesure 16 c/m. Prudemment avec le doigt, et en maintenant cette partie avec une main placée sur l'abdomen, M. Baudron décolle ou plutôt dilacère la masse placentaire : il ramène ainsi une certaine quantité de débris. Il ne saurait bien entendu être question de se servir d'une curette ou d'une pince. Un lavage prolongé de la poche est fait avec une solution phéniquée à 1 p. 100 et la cavité utérine est tamponnée avec la gaze iodoformée.

Monsieur Baudron réserve son pronostic. En cas d'élévation de température et de phénomènes d'infection dus à la rétention du placenta, il pratiquera immédiatement l'hystérectomie vaginale.

Les jours suivants la température oscille autour de 38° mais sans phénomènes inquiétants : chaque jour on pratique matin et soir une injection intra-utérine qui ramène quelques débris.

Le 1er août on tente sans résultat d'introduire une sonde intra-utérine dans la loge placentaire pour faire un lavage. On parvient cependant avec un hystéromètre à pénétrer dans cette loge dont le fond est à 13 centimètres de l'orifice externe du col. La cavité utérine a toujours 8 centimètres.

Le 6 août, la malade expulse un gros débris placentaire avec du sang coagulé, et à partir de ce jour, la température descend rapidement et redevient normale.

L'utérus reste toujours un peu douloureux, surtout au niveau de la corne droite : chaque jour on constate en même

temps qu'une sensibilité moins grande, une diminution progressive de la tumeur. Le 16 août, la malade se lève. Le 29 août, elle quitte la Maternité ; elle ne souffre plus et le toucher combiné ne permet plus de deceler qu'un cordon dur du volume de l'index qui semble continuer la corne utérine droite.

S'agissait-il dans ce cas d'une grossesse développée dans une corne rudimentaire ou d'une grossesse tubo-utérine ? M. Baudron avait d'abord penché pour le premier diagnostic, mais l'avortement qui survint et les constatations recueillies au cours des tentatives de délivrance artificielles. l'amenèrent à penser que l'on se trouvait plutôt en présence d'une grossesse interstitielle terminée spontanément par un avortement tubo-utérin. Une seule chose eut permis de trancher la question : l'examen anatomo-pathologique de l'utérus et des annexes.

Le diagnostic du reste même sur la table d'opération, alors que l'abdomen est ouvert, présente parfois de grandes difficultés.

Dans les observations citées par Kussmaul, l'erreur fut commise même après la mort et l'autopsie de la malade.

Comment donc pourra-t-on faire le diagnostic sur la table d'autopsie par exemple ?

L'examen devra être fait de très près. On devra en effet rechercher avec soin le siège de la trompe ou du ligament rond par rapport au sac fœtal.

En effet, admettons que nous ayons à faire à une trompe gravide. Le sac fœtal est constitué par une partie de cette trompe dilatée, par conséquent, la partie de la trompe qui restera libre, sera beaucoup moins longue que dans les cas où on aura une trompe normale ayant avec le fond de l'utérus, ses rapports normaux. Si donc dans le cas particulier on mesure la distance qu'il y a entre le point où la trompe se met en rapport avec le sac fœtal et son extrémité opposée, et que l'on compare cette distance à celle qui existe entre les deux extrémités de la trompe non gravide, on trouvera une différence très notable : cette différence sera équivalente à la longueur de toute la portion de la trompe dans laquelle se sera développée la grossesse.

De plus, dans la grossesse tubaire, nous voyons le ligament rond se mettre en rapport avec la portion interne du sac fœtal.

Au contraire, si l'on a à faire à une grossesse dans une corne rudimentaire, les rapports de la trompe du ligament rond du ligament de l'ovaire et l'ovaire lui-même sont normaux.

Tous ces organes ont leur longueur habituelle et l'on trouve l'inversion de la trompe ainsi que celle du ligament rond à la partie externe du sac.

Si le diagnostic entre la grossesse extra-utérine et la grossesse dans une corne utérine rudimentaire est fort difficile à établir, il n'est heureusement pas

tout à fait nécessaire de l'établir car dans les deux cas le traitement est le même. Pourtant quand on le pourra, on essaiera de distinguer ces deux genres de grossesses qui peuvent en somme se terminer parfois de façons tout à fait différentes. En effet si on voit parfois un avortement se faire dans les grossesses interstitielles, on ne connaît guère de cas où l'on ait pu constater cette terminaison à une grossesse dans une corne rudimentaire et nous avons vu pourquoi dans le courant de ce travail. Il semblerait donc qu'il y eut plus de danger à laisser aller une grossesse dans une corne. Nous croyons que le mieux sera de faire dans les 2 cas une opération radicale et dès qu'un diagnostic certain de grossesse extra-utérine aura été fait.

Pronostic. — Traitement

Le pronostic de la grossesse dans une corne rudimentaire est très grave. Sänger qui a réuni tous les faits connus jusqu'en 1882, a divisé ces cas en deux groupes. Dans le premier groupe il n'y a pas eu opération et sur 23 cas qui se trouvent réunis dans ce groupe nous trouvons 20 morts par rupture utérine et ses suites.

Dans 3 cas, il y eût formation d'un lithopédion entre autres les cas de Chiari 1876 et de Pfeffinger et Fritze (1788), Dans ce dernier cas, la femme mourut 30 ans après.

Le deuxième groupe renferme des cas où on essaya d'intervenir par une opération. Jusqu'en 1882, Sanger compte 5 cas. La première opération fut tentée par Kœberlé (1865), qui fit par la laparotomie l'extraction d'un fœtus de 7 mois qui était mort, les uns di ent depuis 22 mois, d'autres depuis 23 mois dans une corne utérine rudimentaire. La malade guérit. Le 2e cas opéré est celui de Salin en 1880. Il fit une laparotomie et coupa le pédicule qui rattachait la tumeur fœtale à l'utérus il put ainsi enlever le kyste

fœtal qui contenait un fœtus de 14 mois, la femme guérit.

3° *Cas*, 1881, Werth Liztmann essaya de faire la même opération sur une femme de 39 ans qui était enceinte de 13 mois, mais l'opération ne réussit pas et la femme mourut.

4ᵉ *Cas*, 1882, Sänger. — Dans les cas qui précèdent le diagnostic n'avait pu être établi que pendant ou après l'opération. Dans le cas qu'il opéra, Sanger fit le diagnostic exact et pratiqua la gastrotomie : il enleva la corne gravide avec ses annexes la grossesse était arrivée au 7ᵉ mois et le fœtus avait succombé depuis 7 semaines, la femme non seulement guérit mais redevint enceinte par la suite.

Dans le 5ᵉ fait observé par Wiener, le diagnostic ne fut pas nettement établi. La femme était arrivée au terme de sa grossesse et avait eu des phénomènes de faux travail. Elle fut opérée plusieurs semaines après la mort du fœtus et guérit.

Comme on le voit sur 5 cas opérés il n'y eût qu'une terminaison fatale. Il semble donc que le pronostic devient beaucoup moins sombre dès que l'on opère la malade, mais on doit faire remarquer que dans tous les cas opérés, la mort du fœtus était survenue depuis quelque temps déjà, l'opération n'en était que plus facile et n'eut peut-être pas été nécessaire. Nous avons vu plus haut une femme mourrir 30 ans, après la mort du fœtus.

Depuis 1882, on a tenté de nouveau l'opération et les résultats obtenus sont loin comme on le voit dans le tableau suivant publié par G.-L. Witkins d'être mauvais puisque nous ne trouvons qu'un cas de mort par péritonite :

Opérateurs	Opérations	Age de la grossesse	Résultats
Kœberlé....	Section de l'utérus	28 mois	Guérison
Sailn	id.	14 mois	id.
Werth.....	Amputation de la corne	13 mois	Mort par péritonite en 24 h.
Sänger.....	id.	9 mois	Guérison
Wiener	id.	12 mois	id.
Galle.......	id.	18 mois	id.
Macdonald..	id.	23 mois	id.
Hetzel	id.	12 mois	id.
Landau	id.	qq. mois	id.
Winter.....	id.	5 mois	id.
Slaviansky.	id.	2/3 mois	Mort par péritonite
	A ce tableau, nous pouvons ajouter :		
Hoepfl.....	Laparatomie	»	Guérison
Walthard...	Amputation de la corne.	»	Guérison
Gummert ..	id.	3/4 mois	Guérison

L'observation de Landau dans le *Berlin Klin Woch,* septembre 1890.

L'auteur cite l'observation d'une femme de 23 ans, primipare, qui depuis l'âge de 20 ans a des règles irrégulières et qui présente des symptômes douloureux du côté gauche de l'abdomen. L'examen de la malade permit de constater une grossesse développée dans une corne rudimentaire. La malade fut opérée. Par une résection faite sur la ligne blanche, on enleva la tumeur et l'utérus par suture à la paroi antérieure du vagin pour prévenir tout prolapsus possible. L'ovaire droit donnait la sensation d'un ovaire kystique, l'ovaire gauche ainssi que la trompe du même côté étaient adhérents. Puis l'auteur examine les suites et les complications que peuvent avoir ces grossesses ectopiques. Quand au diagnostic il est en général assez difficile à cause du diagnostic différentiel qu'il faut toujours faire. Enfin il termine en déclarant qu'une grossesse extra utérine analogue à celle qu'il a eu à étudier exige toujours une opération radicale.

Walthard, en décembre 1894, cite le cas d'une femme de 18 ans, ordinairement bien portante, qui présentait une tumeur abdominale s'étendant au dessus de l'ombilic, à 6 centimètres de l'épine iliaque autéro-supérieure gauche et à 2 ou 3 centimètres de la ligne blanche à droite.

La malade fut opérée. Par une incision verticale allant de la symphyse du pubis à l'ombilic, on reconnut l'existence d'une grossesse dans une corne utérine. Cette corne rudimentaire fut enlevée. La malade guérit fort bien ; ses règles réapparurent 4 semaines après sa sortie de l'hôpital et un an après l'opération, elle mettait normalement au monde une petite fille.

Conclusions

1° Le diagnostic différentiel des différentes variétés de grossesses ectopiques, surtout des variétés interstitielles ou développées dans une corne utérine rudimentaire, est presque impossible à faire et le plus souvent ces deux dernières variétés seront confondues.

2° L'erreur est d'ailleurs sans importance car le diagnostic de grossesse extra-utérine « commande l'intervention » (Pinard) ; et, dans la première moitié de la grossesse, surtout pour les deux formes précitées, il faut intervenir sans retard et traiter le kyste fœtal « comme une tumeur maligne », suivant la formule de Wœrth.

3° La seule opération à pratiquer est la laparotomie suivie selon les cas de l'extirpation de la corne gravide si elle est suffisamment pédiculée ou mieux de l'extirpation totale de l'utérus, seule opération rationnelle dans le cas de grossesse interstitielle.

4° En aucun cas, il ne faut compter sur la possibilité d'un avortement tubo-utérin (grossesse interstitielle).

5° Dans le cas d'avortement tubo-utérin incom-

plet, il faut tenter une extraction digitale prudente du placenta,

6° Si cette extraction est impossible ou incomplète et que des phénsmènes d'infection apparaissent, il faut sans retard pratiquer l'extirpation de l'utérus, soit par voie vaginale, soit par voie abdominale.

Bibliographie

BARBIER. — Province médicale. Lyon 1882.

BRAUN. — Médical News. Philadelphie 1882.

BRIGGS. — Liverpool M. et Ch. Journal 1896.

CAVAZZANI — Gazz. Med. Ital. Padova 1876.

CLEVELAND. — Trans. New-York, obst. Society 1879.

CULLEN et G.-L. WILKINS. — Johns Hopkins Hospital. Reports. Baltimore 1897.

GUMMERT. — Centralbl. f. Gyn. Leipsig juin 1897.

HIMMERFARB. — Münch. méd. Woch. 1890.

HŒPFL. — Munch. med. Woch. 1895.

JOHNSON. — Med. et Surg. Journal, Boston 1893.

KUSSMAUL. — Malformations de l'utérus.

LANDAU. — Berlin. klin. Woch. 1890.

PARKES. — J. Am. M. Ass. Chicago 1887.

PARISE. — Mém. Académie de Médecine, Paris 1864.

PAYAN. — Mein. Acad. Médec,, Paris 1842, 1855, 1847.

PINARD. — Clinique obstétricale, 1897.

REMFRY — Transactions of the obstetr. Soc. of London, 1897.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE.—Précis d'obstétrique, 4e édition, 1898.

ROBERTS. — Canada medical Rewiew Montréal, 1882.

Rosthorn. — Gyakorlo orvos. Budapest, 1890.

Serejnioff. — Monat. Geb. und Gyn. Berlin, 1898.

Simon. — Thèse de Strasbourg, 1852.

Smoler. — Medic. Woch. Prague, 1897.

Targett. — Trans. of the obst. Society of London 1897.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchements, tome II, 1886.

Trush. — Am. J. of Obst. New-York, 1886.

Turner W. — Edinburgh. medical Journal, 1866 mai.

Walthard. — Schweiz Aerzte. Basel. 1894.

Parthenay. — Imp. A. RAYMOND.

LES

COMBINAISONS DE LA CRÉOSOTE

DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE